UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ILÉUS SPASMODIQUE ESSENTIEL

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1951

PAR

Jean ROUANET

MEMBRES DU JURY

MM. LEFEBVRE, *Président.*
GRIMOUD, *Assesseurs.*
DIEULAFÉ, —
DARNAUD, —
POULHÈS, *Suppléant.*

PARIS
IMPRIMERIE CH. DEBLADIS & FILS
46, Rue de Sévigné, 46
1951

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951 N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ILÉUS SPASMODIQUE ESSENTIEL

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1951

PAR

Jean ROUANET

MEMBRES DU JURY

MM. LEFEBVRE, *Président.*
GRIMOUD, *Assesseurs.*
DIEULAFÉ, —
DARNAUD, —
POULHÈS, *Suppléant.*

PARIS
IMPRIMERIE CH. DEBLADIS & FILS
46, Rue de Sévigné, 46
1951

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ILÉUS SPASMODIQUE ESSENTIEL

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

Jean ROUANET

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ILÉUS SPASMODIQUE ESSENTIEL

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	BRUSTER
Assesseur	GORSE, CALVET
Doyens honoraires	BRUSTIER

PROFESSEURS HONORAIRES

LAFFORGUE	VALLOIS	MM. RIBAUT
MM. RISPAL	MM. MERIEL	SERR

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chirurgie	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Thérapeutique	BROUSSY
Histologie et embryologie	BOUNHOURE
Médecine sociale	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Stomatologie	CADENAT

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Anatomie	MM. COULOUMA
Physiologie	BAISSET (M.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

Anatomie	MM. POULHES
Histologie	BIMES
Sciences Naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie Biologique	MM. POLONOVSKI
Physique Médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique	BLANC
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU

AGRÉGÉS

Médecine	MM. DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT.	Chirurgie	MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie			MM. DEODATI
Physique Médicale			MARQUÈS
Obstétrique			PONTONNIER
O. R. L.			CLAUX
Urologie			LHEZ

COURS COMPLÉMENTAIRES

Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	MM. GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM. BLANC
Hydrologie et Géologie	ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	COLOMBIÈS
Secrétaire de la Faculté	M. ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MA TANTE

A MES PARENTS

A M. le Professeur DIEULAFÉ,

professeur agrégé à la Faculté.

Qui nous a inspiré cette thèse et a bien voulu nous guider dans notre travail.

A M. le Doyen LEFEBVRE,

professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
associé national de l'Académie de Chirurgie,
directeur du Centre régional de Transfusion sanguine,
officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A mes maîtres
dans les Hôpitaux de Toulouse

A M. le Professeur GRIMOUD,
professeur de Pathologie chirurgicale.

A M. le Professeur DARNAUD,
professeur agrégé à la Faculté.

A M. le Professeur POULHÈS,
professeur agrégé à la Faculté.

INTRODUCTION

Quoique connu des anciens auteurs, l'iléus spasmodique essentiel, sombre dans l'oubli plus particulièrement en France. Au contraire, cette affection continue à susciter de nombreux travaux à l'étranger et principalement en Allemagne.

Des observations publiées assez récemment en France remettent en question l'existence de cette affection, et les membres de l'Académie de Chirurgie s'honorent d'avoir étudié cet intéressant problème, élaborant ainsi une nouvelle base de départ pour les recherches concernant cette mystérieuse maladie.

Nous devons mentionner la querelle qui mit aux prises de tout temps, ceux qui croient en l'existence de l'affection à caractère essentiel et à une multitude d'iléus spasmodiques liés à des causes évidentes ou décelables à l'exploration telles : la migration de calculs dans la lumière intestinale, les tumeurs para-intestinales ; et ceux qui cherchent à faire entrer l'affection dans un unique cadre secondaire.

Notre thèse essaiera donc d'apporter sa contribution à l'étude de l'iléus spasmodique essentiel. Pour arriver au but recherché, nous nous appuierons sur les deux observations inédites qu'a bien voulu nous confier notre Maître, le Professeur Dieulafé, ainsi que sur les publications parues dans la littérature médicale.

HISTORIQUE

L'histoire de l'Iléus spasmodique peut se diviser en gros, en plusieurs périodes, sans pour cela respecter l'ordre chronologique.

Dans une première période, les auteurs reconnaissent et décrivent avec un luxe de détails cette affection : toute occlusion n'était forcément pas due à une cause mécanique. Un chirurgien anglais n'avouait-il pas, qu'au cours de laparotomies, il n'avait trouvé un obstacle qu'une fois sur six cas. Henrot soutenait sa thèse sur les pseudo-étranglements. Jalaguier, dans le Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, reconnaît l'existence d'occlusions dans lesquelles, malgré le développement et l'évolution de symptômes identiques à ceux des occlusions occasionnées par des barrières naturelles, on ne découvre après la mort, aucune trace d'obstacle mécanique et cependant, l'arrêt des matières a été absolu. Tels sont les faits connus sous le nom de pseudo-étranglement que l'on ne peut expliquer que par un trouble de la fonction musculaire de la paroi intestinale. Phocas suppose que l'obstacle sur le cours des matières est produit tantôt par l'affaiblissement, la paralysie du segment intestinal, tantôt par la contraction spasmodique d'une anse.

Arrive la période où la paralysie prime le spasme qui trouve d'innombrables détracteurs. Pour John Arthurst, professeur à l'Université de Pensylvanie, et pour d'autres auteurs américains, le fait qu'un spasme puisse déterminer une obstruction est une chose plus que douteuse et pour lui, l'existence du spasme est loin d'être démontrée.

La troisième période est encore plus dramatique pour l'iléus spasmodique, son existence est niée « il n'existe plus, il n'a jamais existé, c'est une simple vue de l'esprit », affirment les classiques. Grimard, dans son Traité de chirurgie, s'exprime en ces termes : « On a parlé aussi d'un pseudo-étranglement qui serait dû à une contracture spasmodique des tuniques musculaires de l'intestin ; Budge et Valentin ont produit du spasme intestinal en excitant les tubercules quadri-

jumeaux, les corps striés, les couches optiques ; Schiff, en irritant divers points du bulbe. C'est de la physiologie, ce n'est pas de la clinique ».

Cette solution extrémiste ne satisfait point tous les esprits : Cheinisse rapporte des observations d'iléus spasmodique et voyant le champ se restreindre, pose nettement la question : « L'entéro-spasme peut-il exister en tant qu'état morbide et primitif ? » Les étrangers, notamment l'Ecole allemande, étudient la question : Dean, Fromme, Pototschwig, Mayer, Colmer, Wohlgemuth, Koernnecke publient des observations dont le résultat est positif.

En France, Lecène déclare qu'il s'agit là d'une cause rare qui, cependant, existe et mérite d'être connue. Cette occlusion a été vérifiée opératoirement dans un certain nombre de cas.

Mondor, dans ces « diagnostics urgents » retient son existence, sa gravité fréquente, ses difficultés de diagnostic et thérapeutiques et la nécessité de reconnaître avec soin le terrain sur lequel évolue l'affection.

Enfin, paraît l'importante étude faite à l'Académie de chirurgie, à la suite d'une communication de Leriche prouvant l'existence de cette occlusion et la difficulté de l'interprétation des faits observés et par suite de son traitement.

Depuis cette communication, d'autres chirurgiens ont constaté, eux aussi, l'existence de l'iléus spasmodique essentiel.

SYMPTOMATOLOGIE

L'affection peut être riche ou pauvre en symptômes. Le plus souvent, l'affection a un début brutal. Les accidents surviennent, à tout âge, au milieu d'une santé parfaite, à tout heure du jour et de la nuit, parfois cependant, conditionnés par un acte naturel : repas, défécation.

C'est la douleur qui domine la scène. Douleur aiguë, brutale, à tendance syncopale. Dans le plus grand nombre de cas, le sujet éprouve de violentes coliques généralisées à tout l'abdomen ou localisées à une portion : région para-ombilicale, région épigastrique, fosse iliaque droite ou gauche, parfois de siège éminemment variable. Ces coliques peuvent régner de façon continue, dans certains cas, subissant des paroxysmes ou n'être qu'intermittentes. On a noté des observations où la douleur intense ne dure que quelques instants suivis d'une période d'accalmie, d'autres malades se sont trouvés soulagés par le simple fait du repos ou par l'application de glace sur la région douloureuse. Cette douleur qu'elle soit généralisée ou localisée ou de siège variable, ne présente jamais la moindre irradiation. Le patient, au lieu de ressentir de violentes coliques, peut éprouver une sensation de crampe ou de rétraction intense de sa masse intestinale contre la paroi postérieure. Parfois, le malade endure sa souffrance sans trouver de qualificatifs pour la décrire.

On note l'arrêt des matières et des gaz. La miction est normale.

A ces deux symptômes, il faut souvent ajouter la présence d'un état nauséeux, pouvant aller jusqu'au vomissement, dès l'apparition des premières douleurs ou tardif par rapport à la douleur.

Il est rare que l'état général du malade se trouve altéré, malgré l'angoisse qui l'étreint ; cependant, il est rapporté des cas où le chirurgien se trouve en présence d'un être pâle, aux traits tirés, au facies douloureux et inondé de sueurs profuses. Le pouls ne subit qu'une légère et non constante accélération,

oscillant de 80 à 100 pulsations à la minute. De plus, on ne constate jamais d'état fébrile.

Si l'on procède maintenant à l'examen de ce malade, l'on se trouve en présence d'un ventre plat ou ballonné, respirant normalement ; l'on peut noter parfois l'immobilité de la région douloureuse. Certains cliniciens ont pu observer, lors de l'examen, des ondes de péristaltisme.

A la palpation prudente et progressive, la main peut ou déprimer facilement la paroi abdominale ou se trouver en présence d'une zone de contracture. On ne constate dans d'autres cas, qu'une hypersensibilité pariétale.

Le troisième temps de l'examen chirurgical d'un abdomen ne nous donne ici que fort peu de renseignements. La percussion ne livre à l'oreille du praticien qu'une sonorité normale ou un tympanisme plus ou moins accentué. Le liquide d'ascite que l'on peut trouver lors de l'exploration chirurgicale n'est pas en quantité suffisante pour donner naissance à la plus légère des matités.

L'auscultation, utilisée par Briquet et Velpeau, ne nous fournit ici, aucun renseignement.

Tout examen de ventre ne doit pas se terminer sans un toucher rectal, qui dans le cas d'iléus spasmodique essentiel, peut ne rien révéler ou parfois donner une simple impression de légère plénitude du cul-de-sac de Douglas.

Si nous pratiquons l'examen complet du malade, nous ne remarquons rien de particulier : l'auscultation de l'appareil respiratoire ne permet de percevoir aucun trouble ; aucune gêne n'est apportée au système cardio-vasculaire, la tension est normale ; le fonctionnement rénal n'est pas perturbé ; quant à l'exploration du foie et de la rate, elle ne révèle aucune anomalie. Nulle manifestation nerveuse n'est décelée.

Au point de vue examens de laboratoire, on peut observer une hypochlorémie, une légère hypoglycémie, une urée légèrement élevée. On note l'absence de toute anémie.

A l'heure actuelle, nous avons le devoir de ne point dédaigner les résultats que peut nous fournir l'exploration radiographique sans préparation et dans quelques cas avec solution de contraste. Ce serait une grossière erreur que de vouloir se passer de celle-ci, comme de vouloir l'interpréter sans se référer au contexte clinique. La radiographie sans préparation « radio à vide », nous révèlera soit une distension importante du grêle, image intéressant le grêle sur toute sa longueur ou image locale, soit des anses grêles distendues avec présence d'un niveau liquide, soit un rétrécissement intestinal, soit des images d'aéroiléiés.

Il peut être indiqué de compléter cette exploration radiologique, ainsi que le réalisent des auteurs français et la grande majorité de nos collègues allemands, par un lavement baryté. Cet examen doit être conduit avec une extrême prudence et surveillance sous l'écran de la marche ascendante de la bouillie opaque.

FORMES CLINIQUES

En clinique, les occlusions fonctionnelles sont divisées en deux grands types :

1° *Les occlusions paralytiques* que nous ne faisons que signaler.

2° *Les occlusions spasmodiques* dont nous n'avons à étudier que la forme dite « essentielle ».

A son tour, cette forme essentielle peut se présenter sous des aspects divers :

A) *Forme douloureuse :* l'intensité de la douleur est à son paroxysme, il y a spasme sans occlusion.

B) *Forme occlusive :* caractérisée par des niveaux liquides, cette forme est celle qu'il nous est donné le plus souvent d'observer, allant du type occlusif léger avec vomissement réflexe, douleurs localisées et ballonnement abdominal, au type occlusif grave avec ses vomissements fécaloïdes, des douleurs intenses, des ondes péristaltiques visibles sous la peau, un ballonnement accentué.

C) *Forme pseudo-appendiculaire :* le spasme ici, siège sur l'iléon terminal et l'ablation de l'appendice ne soulage en rien ces malades. Notons au passage que l'on peut se demander si certaines appendicites chroniques ne sont pas susceptibles de déterminer des phénomènes réflexes sur l'iléon terminal et de provoquer ainsi un certain degré de contracture. Ceci permet de justifier l'ablation de l'appendice quand on se trouve devant un iléus spasmodique ayant la fosse iliaque droite pour siège de la douleur. Ou l'appendice est le *primum movens* des troubles observés, son ablation mettra le patient à l'abri des récidives, où l'appendice n'est qu'un témoin passif, en ce cas on pourra assister à la reprise des accidents.

D) *Forme à type d'invagination :* Tel est le cas rapporté par Fromme, observé chez un enfant de onze ans, pris d'une douleur brusque dans la fosse iliaque droite

avec selles sanglantes. Le diagnostic posé fut celui d'invagination. A l'intervention, on ne trouve qu'un segment de grêle fortement contracturé, contracture qui disparut lors des manipulations. L'enfant guérit.

Cette dernière forme prête fort à discussion, l'auteur pouvant s'être trouvé en présence, soit d'une invagination suivie de désinvagination spontanée, soit devant le stade initial précédant l'invagination.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A la laparotomie exploratrice, voici les lésions qui se révèlent aux yeux du chirurgien.

Dans un certain nombre d'observations, après l'incision à cheval sur l'ombilic, il est rapporté la présence d'un épanchement intrapéritonéal peu abondant, d'ordinaire séreux, jaunâtre, clair ou sérohématique. Cette production de liquide, due à un trouble vaso-moteur, se retrouve d'une façon à peu près constante dans toutes les occlusions aiguës. Leriche voit le liquide comme une conséquence du spasme, non comme une cause ; elle signe la souffrance du grêle.

Au point de vue intestinal, la lésion consiste en une contracture segmentaire soit unique, soit multiple, séparées alors par des zones de distensions, sur une longueur variable pouvant intéresser parfois le grêle dans sa totalité de l'angle duodéno-jéjunal à l'angle iléo-cæcal, le plus souvent n'intéressant qu'une portion de l'intestin, portion initiale, moyenne ou terminale. Quelquefois, plusieurs portions se trouvent intéressées à la fois. La réversibilité de cette contracture et son installation sur un autre segment est d'une observation quasi constante et tous les auteurs en font mention. L'aspect du grêle contracturé est tout à fait caractéristique et est décrit à juste titre sous le nom « d'intestin de poulet », en Angleterre sous le nom « d'iléus spatic ». En effet, le spasme arrive à tétaniser le segment intestinal et le réduit alors au volume d'un petit doigt, d'un crayon. L'anse est rubanée, plate, densifiée, pâle, d'aspect ardoisé, de couleur mastic ou blanc rosé. Sa paroi est corruguée, la lumière intestinale est affaissée.

Dans la zone vasculaire correspondante, les vaisseaux mésentériques ne battent plus ou l'on note une diminution importante des battements. Au contraire, on observe dans les zones sus et sous-jacentes au spasme, des anses surdistendues à l'aspect congestif où l'on peut parfois constater d'infimes fissures sur la séreuse. Les artères mésentériques battent normalement ou sont en état de vasodilatation.

Au cours d'une évolution défavorable de cette affection, comme le rapporte

l'observation de Masmonteil, l'opérateur ne trouva absolument rien d'anormal à l'intervention chirurgicale malgré un examen des plus sérieux. L'autopsie ne revela rien et l'examen anatomo-pathologique pratiqué sur un fragment d'intestin ne permit de mettre en évidence aucune lésion des plexus de Meissner et d'Auerbach.

Certains auteurs, comme Rousset, ont noté la présence de ganglions groupés en paquets, situés à la racine du mesentère. Ces ganglions sont nombreux, de la taille d'un petit pois ou formant un paquet volumineux mais distincts les uns des autres. L'examen histologique d'un ganglion prélevé ne montra qu'une réaction hyperplasique du tissu lymphoïde et une augmentation de volume des centres folliculaires. Pour Gangitano de Rome, il s'agirait « d'une forme de phlogose allergique hyperergique ».

Le côlon conserve son aspect normal, toutefois il peut être également intéresse en totalite ou en partie par le processus pathologique. Dans nos deux observations, le côlon est plat.

On n'observe rien de particulier, condition nécessaire pour classer l'affection dans le cadre de l'iléus spasmodique essentiel, ni dans l'abdomen, ni dans le petit bassin et nulle lésion intra ou rétropéritonéale.

DIAGNOSTIC POSITIF
ET
DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous pensons que le diagnostic peut se baser sur deux catégories d'éléments, d'une part sur des symptômes communs à toute occlusion tels : la douleur, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz et sur deux faits négatifs, l'absence d'anurie et l'absence d'anémie ; d'autre part, sur des détails, des nuances, des impressions qui paraissent propres à l'affection. Relatons tout d'abord parmi ces détails, ceux retenus et distingués par Leriche : une sensation de crampe permanente, la suppression du péristaltisme, un ventre plat malgré l'arrêt des gaz, un état nauséeux sans vomissement, le contraste si saisissant entre l'aspect général du malade et l'existence des signes capitaux d'occlusion. A l'opération l'aspect plat, vide, contracté du grêle et le spasme cessant sous les yeux et les mains de l'opérateur. Viennent s'ajouter à cet ensemble d'impressions, de nuances et de détails, la connaissance, capitale, mais sans rien d'absolu des antécédents : la narration de faits identiques à celui qu'il est donné d'observer au praticien ; mais évidemment, une occlusion mécanique peut venir frapper ce sujet. L'état d'esprit du patient est également fort intéressant à connaître : sujet nerveux, anxieux, comportement traduisant un certain déséquilibre neuro-végétatif.

Une question importante et très discutée se pose à l'esprit de l'observateur : est-il possible d'affirmer la nature de la lésion au cours de l'examen clinique et radiologique, ou doit-on partir de simples probabilités pour arriver à un diagnostic de certitude après un examen très strict lors de la laparotomie exploratrice ?

L'occlusion spasmodique qui réalise une striction parfois localisée à un ou plusieurs segments intestinaux parfois étendue à toute la masse intestinale est extrêmement difficile à différencier d'une occlusion mécanique. Et ne prend-elle pas l'aspect d'une occlusion par obstacle, puisque au-dessus du spasme, créant celui-ci, vont s'accumuler liquides et gaz comme dans le cas d'une obturation ? Colp concluait dans une revue générale « que rien ne permettait de différencier **l'iléus spasmodique des autres iléus** ».

C'est la prudence qui guide d'autres auteurs. Pour Sénèque et Roux, le diagnostic d'une pareille affection ne peut être posée que par l'intervention chirur-

gicale, car il ne faudrait pas laisser évoluer une occlusion de cause mécanique dont la fréquence est singulièrement plus grande que l'occlusion spasmodique. Pour eux, le diagnostic certain de l'iléus spasmodique ne peut être posé qu'en cours de laparotomie, en constatant l'absence de tout obstacle à la fonction des deux segments du grêle inégalement calibrés et l'aspect immédiatement réversible des lésions. Pour Mondor et Olivier, le fait de la dissémination des images d'aéroiléie avec niveau liquide, la discrétion de leur distension, l'atteinte simultanée du grêle et du gros intestin, les antécédents, évoquent l'absence de tout obstacle organique. Mais la prudence règne et bien que un de leur malade fut rétabli, ils n'hésitèrent pas à faire une intervention de contrôle avant de laisser repartir le patient chez lui.

Pour Sterin, l'élément essentiel du diagnostic est l'opposition manifeste entre la conservation du bon état général et le caractère absolu de l'arrêt des matières et des gaz et au point de vue clinique l'importance du péristaltisme dans l'iléus spasmodique segmentaire. Pour Leriche, dans le cas d'iléus spasmodique total, c'est l'absence de péristaltisme associé aux crampes.

Somme toute, le diagnostic reste difficile à déterminer. L'iléus spasmodique essentiel est une affection relativement rare et des affections de plus grande fréquence nécessitant une intervention de toute urgence offrent aux yeux du chirurgien le même tableau. La vie d'un malade prime le diagnostic.

Quelles sont les affections qui se présentent à nous avec la même symptomatologie et qui peuvent retenir l'attention du clinicien ?

Tout d'abord, comme le fait remarquer Mondor, dans l'immense majorité des cas, il n'est noté aucune réaction fébrile, tout au moins dans les débuts de la maladie, d'où l'élimination possible des affections médicales où la fièvre est toujours présente. En présence de symptômes d'occlusion, il faut pratiquer l'exploration méthodique de toutes les régions qui peuvent être le siège de hernies : régions inguino-crurales, scrotale, ligne blanche ombilicale, lombaires, rechercher les cicatrices opératoires : possibilité de brides. Si l'on ne découvre rien de tout cela, il faut éliminer les différentes variétés d'occlusions : le diverticule de Meckel, les volvulus, les invaginations aiguës, la forme subaiguë rare, d'allure insidieuse, bien rarement diagnostiquée avant l'intervention. Elle peut durer des jours et des semaines sans compromettre gravement l'existence du malade. Autres formes d'occlusion à éliminer : l'occlusion par cancer, et les iléus spasmodiques secondaires. Il faut penser aussi à la tuberculose intestinale sous la forme sténosante du grêle, les péritonites et surtout la péritonite appendiculaire. Deux diagnostics de grande difficulté sont à citer : l'infarctus intestinal et la pancréatite hémorragique où la douleur est particulièrement atroce, le péristaltisme inexistant, le météorisme fort peu marqué mais où le collapsus est très précoce alors que le choc est très rarement retrouvé dans l'iléus spasmodique. Le mégacôlon peut donner naissance à des crises d'allure occlusive : douleur intense à paroxysme, arrêt des matières et des gaz, signes généraux peu marqués sauf lors d'une grande crise.

Autres erreurs à éviter et qui, elles, n'ont pas de secours à attendre de la chirurgie : les pseudo-occlusions réflexes observées au cours des coliques néphrétiques ou hépatiques, de diagnostic particulièrement difficile quand les phénomènes urinaires font défaut, quand l'attention n'est pas attirée sur le rein ou l'uretère et quand tout se résume en une douleur lombo-abdominale avec arrêt des matières et des gaz.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'iléus spasmodique essentiel peut évoluer de multiples façons. Sur l'ensemble des cas observés dûment contrôlés lors de l'intervention, la majeure partie se borne en des accidents bénins, guérissant spontanément ou du fait de l'acte chirurgical ; une simple laparotomie, sans thérapeutique d'ordre médical. Le sujet brisé par la douleur s'endort sous l'effet de l'anesthésique, se réveille, il est guéri. L'affection a été un incident passager dans sa vie, il ne sera jamais plus inquiété.

On peut citer des observations où les phénomènes spasmodiques se sont manifestés encore pendant quelques heures ou quelques jours après l'intervention, puis brutalement ont disparu d'eux-mêmes ou à la suite d'administration de médicaments.

Enfin, signalons quelques cas où le spasme a cédé sous l'unique influence d'une thérapeutique médicale bien conduite.

A côté des affections au caractère accidentel, il y a des observations où la vie du sujet est marquée par de multiples récidives, bénignes, elles aussi, mais n'en laissant pas pour cela le sujet plongé dans une certaine angoisse, angoisse dans l'attente des crises et du devenir de celles-ci. Wohlgemuth rapporte une observation particulièrement instructive. Une femme âgée de trente ans est opérée d'urgence pour un syndrome occlusif. La laparotomie exploratrice ne permet de découvrir qu'un spasme de l'intestin grêle cédant au bout de quelques minutes sur le segment atteint pour se reproduire ailleurs. Trois mois après, nouvelle récidive. Nouvelle Laparotomie. Rien à constater, sinon quelques adhérences. Trois mois plus tard, nouvelle exploratrice : aucune lésion ; appendicectomie pensant que ce dernier est à la base de phénomènes réflexes. Trois mois plus tard, quatrième crise occlusive. Refus de se laisser opérer. Tout s'arrange spontanément.

Mais il y a aussi des publications qui montrent le danger réel créé par l'iléus

spasmodique essentiel. Des malades ont eu plusieurs récidives banales et la dernière les a retranchés du monde des vivants. La mort peut survenir aussi bien au cours du premier accident que lors d'une récidive très précoce. Telle l'observation rapportée par Masmonteil : c'est cinq jours après une appendicectomie (appendice sain) et la constatation opératoire d'un iléus spasmodique que survient une nouvelle crise douloureuse conduisant en quarante-huit heures le malade à la mort. D'autres évolutions mortelles ont été rapportées dans des publications de Potoschnig et Nordmann.

Le pronostic, pensons-nous, que l'on doit porter à la suite d'un diagnostic d'iléus spasmodique essentiel doit être réservé. Entreront en jeu, comme arguments favorables ou défavorables, l'âge du malade, son état général, sa résistance et également le fait qu'une simple laparotomie n'est point exclue de tout danger.

N'oublions pas, comme le rappelle Mondor, que l'entérospasme peut conduire à la mort comme un iléus mécanique selon la formule de Körte.

PATHOGÉNIE

Dans ce chapitre, nous essayerons de voir comment les auteurs qui se sont intéressés à l'étude de l'iléus spasmodique ont cherché à expliquer et expliquent à l'heure actuelle le mécanisme mystérieux de cette affection.

Pour cela, il peut être utile de tracer un bref résumé de la constitution de l'intestin, de son innervation et de sa dynamique.

L'intestin est un aggloméré de quatre tuniques qui sont de la périphérie à la lumière intestinale : la tunique séreuse, la musculaire, la celluleuse et la muqueuse. La tunique musculaire, la plus importante en ce qui nous concerne, comprend une couche externe de fibres lisses longitudinales et une couche interne de fibres lisses circulaires. Voici en gros, l'appareil moteur de l'intestin. Celui-ci reçoit une double innervation : une innervation intrinsèque et une innervation extrinsèque. La première est constituée par le plexus d'Auerbach situé entre les deux couches de muscles et par le plexus de Meissner, sous-muqueux, pouvant être facilement arraché avec la muqueuse. La seconde innervation formée par les pneumogastriques et les splanchniques. Il est à noter que ces plexus renferment de nombreuses cellules ganglionnaires qui jouent le rôle de centres réflexes périphériques. Les pneumogastriques élèvent le tonus musculaire intestinal, ils accélèrent la motricité. Les splanchniques abaissent le tonus et ralentissent la motricité. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, ces phénomènes inverses ne doivent pas être considérés comme un ensemble antagoniste car il a été prouvé que ces fibres nerveuses sympathiques venues par les splanchniques et para-sympathiques venues des pneumogastriques contiennent les unes et les autres à la fois des fibres inhibitrices et des fibres accélératrices. De plus, les deux systèmes d'innervation ne sont pas autonomes, l'extrinsèque exerce son influence d'une façon continue sur l'intrinsèque.

Les mouvements de l'intestin sont de deux ordres :

1° les mouvements de brassage : mouvement pendulaire et localisé pour les

fibres longitudinales, n'entraînant aucune modification notable du calibre intestinal ; mouvement de segmentation rythmique pour les fibres circulaires déterminant des anneaux de striction.

2° Les mouvements de propulsion : se distinguant de ceux-là par leur propagation et la synchronisation des deux catégories de muscles amenant des variations de calibre et de longueur du segment intestinal.

Jadis, les auteurs qui avaient reconnu l'affection et qui voulaient lui donner droit d'existence s'étaient intéressés à la question pathogénique et l'une des toutes premières théories était formulée par Barthez : « C'est par une irritation nerveuse extraordinaire, écrivait-il en 1806, que le mouvement antipéristaltique des intestins est déterminé dans le bassin ». Plus tard, vers 1883, Cherchewski déclarait à son tour : « Nos observations prouvent la réalité du rétrécissement nerveux de l'intestin et de l'antipéristaltisme. » De nos jours, cette théorie dite de l'antipéristaltisme est défendue par certains auteurs. Ils s'appuient sur le fait suivant, observé au cours d'une intervention chirurgicale pour iléus spasmodique. En pratiquant l'iléostomie, les auteurs ont trouvé de la baryte dans le grêle alors que le malade n'en avait pas pris *per os*, mais par voie rectale. On peut affirmer, disent-ils que, grâce à l'antipéristaltisme, la baryte injectée dans le gros intestin a pu franchir la valvule de Bauhin et refluer jusque dans le grêle. Argument de poids, si l'on songe que la dernière anse grêle est pourvue d'une forte musculature qui catapulte les aliments dans la cavité cæcale. Mais il ne faut pas oublier que l'ouverture de cette valvule est conditionnée par une excitation sympathique. N'a-t-on pas aussi observé, exceptionnellement il est vrai, des invaginations ascendantes ou rétrogrades ? Seconde preuve fournie à l'appui de cette théorie : dans une observation, le malade présentait des vomissements fécaloïdes sans que l'on n'ait pu déceler le moindre obstacle sur l'intestin grêle, ni la moindre lésion intrapéritonéale. Quant à Leriche, il déclare que l'antipéristaltisme est une réalité avec laquelle il faut compter, car s'il n'a pas été constaté par les physiologistes, comme le dit Gley, sauf dans le duodénum, le caractère de certains vomissements, les examens radioscopiques et les résultats des exclusions unilatérales, attestent de son existence. Cet antipéristaltisme, n'existerait-il pas d'ailleurs dans le côlon ascendant et transverse ?

L'antipéristaltisme n'est donc pas une vue de l'esprit, il existe réellement. Joue-t-il tout le rôle, une partie du rôle dans cette affection, sous quel effort se produit-il ? Tout cela reste très obscur.

Ne pourrait-on pas envisager simplement comme amorce de l'iléus, une banale exagération des mouvements physiologiques ? L'existence d'un spasme transitoire n'est pas niable. Ce spasme, si bien décrit par Leriche « contracture fixe qui à l'inverse du péristaltisme ne se propage pas, se fige sur place, parfois étendu à la totalité du grêle, s'accompagnant d'une sensation obscure de rétraction de tout l'intestin contre la paroi postérieure et parfois d'une contracture pariétale, collusion du végétatif et du spinal », ne serait-il pas la raison de simples et éphémères phénomènes de coliques sans occlusion ? Chez le nourrisson et l'enfant en bas âge, c'est un état spasmodique du grêle qui est à la base de la curieuse lésion qu'est l'invagination intestinale. Le plus souvent, toute cause pathologique fait

défaut et l'on voit l'invagination survenir tout à coup sans raison apparente comme une catastrophe chez un enfant au développement normal. Sénèque admet comme possible le fait que l'exagération des processus physiologiques puisse mener à l'iléus.

Tout ne réside pas vraisemblablement dans ce trouble de la dynamique intestinale. Nous avons vu que la musculature de l'intestin et les plexus d'Auerbach et de Meissner restent sous la dépendance des pneumogastriques et des splanchniques.

Indson T. Chestermann explique l'iléus spasmodique en se référant à la théorie des « Gradients » d'Alvarez. En ce qui concerne le mécanisme neuro-musculaire de l'intestin, il existe pour Alvarez différents gradients : de tonus, de rythme, d'influx nerveux. Normalement, règne un fonctionnement harmonieux. A l'origine de l'iléus, il y aurait une perturbation dans cette harmonie, perturbation globale ou individuelle, altération pouvant porter sur un segment ou sur la totalité de l'intestin.

La théorie nerveuse a ses nombreux défenseurs. L'iléus spasmodique serait toujours produit par des exagérations soit en intensité, soit en nombre des impulsions nerveuses, amenées par les splanchniques et les pneumogastriques, influx exagérant soit la motricité et réalisant l'occlusion spasmodique, soit inhibant cette motricité et donnant lieu à l'iléus paralytique. Il s'agit donc d'un véritable réflexe transmis par ces nerfs, d'où les résultats obtenus par des infiltrations anesthésiques du sympathique, du plexus solaire, du mésentère. Ces infiltrations coupent les réflexes qu'ils soient inhibiteurs ou hypermoteurs. Les régulateurs autonomes intra-muraux de l'intestin peuvent reprendre alors un fonctionnement indépendant. Le rôle du système nerveux pour Sénèque est prépondérant mais il ne semble pas que dans tous les cas le désordre nerveux se soit exercé uniquement dans le sens de la vagotonie. Il semblerait que la perturbation motrice intestinale puisse s'exercer à la fois dans le domaine du sympathique et du para-sympathique d'où les difficultés thérapeutiques. Stérin est très affirmatif dans une de ses observations, l'hypertonie vagale était évidente, dit-il.

S'il faut compter avec l'antipéristaltisme, déclare Leriche, il faut se rallier à un mécanisme vagal, générateur du mal, qui expliquerait de plus l'état nauséeux quasi constant dont se plaignent les malades.

Les auteurs semblent être d'accord pour n'attribuer aux troubles vasculaires qu'un rôle secondaire. Ils n'apparaîtraient qu'à la suite des troubles nerveux, car une fois le spasme levé, les artères battent à nouveau.

Il est d'autres auteurs qui font jouer un grand rôle au terrain névropathique sur lequel évolue l'affection, caractère difficile du sujet, malade ayant subi plusieurs interventions, à l'esprit préoccupé par la connaissance d'un mal incurable, sujet âgé.

Enfin, des cas ayant été observés en Allemagne, lors de la guerre 1914-1918 et des restrictions qui en découlèrent ; en France, la recrudescence des observations publiées au temps des privations durant la période 1940-1945 et dans

les camps de prisonniers, certains auteurs ont avancé le mot d'avitaminose. Les Brésiliens, eux, admettent l'existence d'une avitaminose B_1 à la base de la dystonie des plexus d'Auerbach et Meissner.

On a parlé d'intoxication d'origine alimentaire, citons entre autre l'ingestion trop grande de féculents qui peut créer un iléus, de phénomènes de toxicité sanguine agissant sur le système nerveux de l'intestin.

Rousset a voulu voir l'iléus spasmodique comme consécutif à une adénopathie mésentérique, l'ablation d'un ganglion amenant la disparition du spasme. Mais Darmaillacq, dans son observation considère l'existence des ganglions comme une pure coïncidence, non comme une lésion causale car les ganglions sont, pour lui, trop éloignés de la zone contracturée. L'apparition des ganglions ne peut-elle être considérée sous la dépendance de la septicité du contenu intestinal retenu en amont du spasme

Toutes ces hypothèses peuvent expliquer la naissance de l'affection, l'une prévalant sur l'autre suivant les observations. Le problème de l'interprétation de ce que l'on observe dans l'iléus spasmodique, d'importance capitale puisqu'une thérapeutique spécifique donc efficace, doit en découler, reste difficile et n'est pas résolu. Comme le dit Leriche : « Nous n'arrivons pas à déceler ce qui conditionne une contracture du grêle. Nous ne savons pas comment se fait cette contracture à vide sans aéroileie, sans niveau liquide, alors qu'il y a parfois un épanchement péritonéal. On a l'impression d'une condition physiologique complexe non encore étudiée d'où la difficulté d'une direction thérapeutique valable. Il est d'autant plus intéressant de l'analyser que, évidemment vagale, l'on rentre de plein-pied dans le domaine de la physiologie pathologique de l'innervation intestinale qui est certainement un élément important et trop peu prospecté du problème général de l'occlusion du grêle.

Comment expliquer maintenant la cause de la mort, issue rare il est vrai, mais avec laquelle il faut malheureusement avoir à compter au cours de l'iléus spasmodique essentiel ?

Jésus Caldas Campano écarte la théorie de l'interruption des aliments, expose les théories bactériennes. Pour certains, la toxine du bacille de Welch serait à incriminer : d'autres accusent un agent toxique dérivé de la décomposition des protides et citent l'histamine. Mais il n'y a pas eu de travaux récents pour confirmer ces théories. On a parlé de la théorie de déchloruration. Malgré les corrections des modifications sanguines par les agents thérapeutiques, la mort survient et avant que les altérations sanguines soient notables. Pour Jésus Caldas Campano, on ne peut commé Zwerner, expliquer la mort par l'augmentation du taux de potassium dans le sang. Il retient donc comme cause essentielle de la mort au cours de l'occlusion, les phénomènes nerveux dus à la distension intestinale.

THÉRAPEUTIQUE

Du seul fait que les auteurs ne soient pas arrivés à une unité de vue sur le problème posé par la pathogénie de l'affection qui nous intéresse, de nombreuses méthodes thérapeutiques s'ouvrent à nous. Et tout d'abord, voyons ce que la chirurgie peut nous offrir dans ce domaine.

La laparotomie, simple premier temps de toute intervention abdominale est adoptée par de multiples chirurgiens. Outre l'immense avantage qu'elle procure en permettant de constater de visu les lésions et leur étendue et ainsi d'affirmer un diagnostic certain, de ne pas laisser évoluer d'autre part une affection qui risquerait de mettre un terme à l'existence du malade, elle a pour certains une réelle valeur thérapeutique. Ceux-ci ont vu le spasme céder sous l'effet de manipulation de la masse intestinale et ne compte aucune récidive après cette banale intervention. Méthode de diagnostic, ripostent les adversaires, mais dépourvue de tout but thérapeutique si ce n'est une heureuse coïncidence. Fresnay profitait de cette intervention pour pratiquer l'infiltration du mésentère. Dans une des observations inédites du Professeur Dieulafé, une infiltration de novocaïne fut faite dans le mésentère au-dessus de la zone spasmée. Dès le lendemain, le malade fut soulagé et le transit intestinal se rétablit dans les vingt-quatre heures.

L'utilité de la laparotomie ne fait aucun doute, mais les laparotomies itératives nous semble-t-il, doivent être fortement déconseillées si l'acte opératoire se borne à ce stade.

En Allemagne, si Calmeis notamment préconisait l'iléostomie, Kœnnecke la déconseillait expressément et en France, ce procédé n'a pas trouvé d'adeptes.

La résection intestinale pratiquée une fois par Masmonteil, n'était pas commandée par le spasme mais par les dégats consécutifs à une iléostomie.

A côté de ces procédés purement chirurgicaux et avant d'arriver à l'énumé-

ration des procédés strictement médicaux, nous devons mentionner d'autres interventions.

La rachianesthésie, prônée par Amburger et Mayer de Tübringer en 1922, en supprimant l'excitation réflexes des splanchniques et leur action inhibitrice peut réveiller le péristaltisme et amener ainsi le rétablissement du transit intestinal.

En France, la préférence va à l'infiltration des splanchniques : on enfonce à 4 centimètres de la ligne médiane au bout inférieur de la douzième côte, une aiguille de 160 × 8 ou 10 dixièmes de millimètre. On se dirige obliquement en dedans et en avant ; la pointe de l'aiguille vient buter contre le corps vertébral. A ce moment, on retire légèrement l'aiguille et on la dévie un peu en dehors de façon à passer tangentiellement. Après deux ou trois mouvements semblables, on ne rencontre plus la butée osseuse. On injecte alors 10 cm³ de novocaïne à 1 %. Leriche déclare à ce sujet : « J'ai insisté depuis longtemps sur ce fait singulier que, l'anesthésie du splanchnique semble agir comme un correcteur du désordre existant. L'infiltration fait cesser des troubles, que logiquement elle devrait renforcer, elle agit heureusement sur le spasme comme sur la dilatation. Mais pour être efficace, ces infiltrations doivent être pratiquées aussi précocément que possible, elles doivent être bilatérales. Il ne faut pas faire une infiltration au hasard, il existe un test de réussite, c'est la chute tensionnelle de deux ou trois joints. On doit répéter l'infiltration plusieurs fois, toutes les six heures environ, jusqu'à la fin de l'accident. On ne doit faire des infiltrations bilatérales que si la tension artérielle est suffisante. Parfois, on n'obtient pas de résultats. Il y a probablement des troubles intestinaux qui tiennent à l'état fonctionnel des plexus d'Auerbach et de Meissner et que l'exclusion des splanchniques ne modifie pas. »

Le point de départ de la contracture, dans l'iléus spasmodique, est sûrement dû à un mécanisme vagal. Il paraît, de prime abord, illogique, comme le dit Sénèque, de s'adresser aux splanchniques pour couper le réflexe. L'exclusion des fibres sympathiques ne peut, théoriquement, que renforcer le tonus de l'intestin et physiologiquement la seule manière de diminuer l'hypertonie serait d'infiltrer le vague. Dans l'abdomen, nous ne pouvons atteindre que le pneumogastrique droit au niveau de la corne du ganglion semi-lunaire. Mais le geste serait un peu imprécis.

A citer également l'aspiration duodénale continue qui combat la distension intestinale causée surtout par la déglutition de l'air amenant un trouble de la circulation intestinale dans l'anse météorique et favorisant la perméabilité pariétale aux microbes et aux toxines ; cette aspiration rétablit par la déflation de l'intestin, la motricité du tube digestif et le péristaltisme du grêle, enfin, elle s'oppose aux phénomènes de choc d'origine réflexe provoqué par la dilatation intestinale.

Nous arrivons maintenant à l'énumération des innombrables agents médicaux.

Tout d'abord, il ne faut pas négliger la simple chaleur locale ou la glace qui

peuvent rendre, dans certains cas des services à ne pas mépriser ; la diathermie peut jouer un rôle favorable.

L'ésérine, sous forme de génésérine ou de prostigmine, peut agir comme la rachianesthésie sur l'élément dynamique. La génésérine, en ampoules de 2 mgr., s'injecte à raison d'une ampoule par jour, durant cinq jours, puis une ampoule tous les deux jours. On ne doit pas dépasser dix jours de traitement. Pour la prostigmine, on injecte par jour de 1 à 3 ampoules de 1 cm^3 par voie sous-cutanée ou intramusculaire.

L'atropine, administrée en deux injections par jour au malade. La surparine, antispasmodique, par excellence, beaucoup moins toxique que l'atropine, est douée d'une activité plus grande. Suivant l'importance des troubles, on administre de 3 à 10 injections par jour et l'on fait un traitement de consolidation avec 1 ou 2 ampoules par vingt-quatre heures.

Viennent ensuite la belladone, l'opium, la spasmalgine, le sérum hypertonique agissant sur le péristaltisme remédiant à la chloropénie et favorisant la diurèse et l'élimination azotée.

Sénèque conseille les injections intraveineuses de novocaïne. Certains auteurs pratiquent l'injection intra-péritonéale de novocaïne.

Ne pourrait-on pas essayer de traiter cette affection par le 2987 R. P., si l'on en juge par son effet paralysant sur les ganglions parasympathiques, effet facilement apprécié chez le chien chloralosé. En comparant avant et après l'administration du produit, la réaction hypotensive et la réaction spasmodique du grêle provoqué par l'excitation du bout périphérique du vague, on constate une atténuation considérable de ces deux réactions, voire même leur absence à partir d'une certaine dose.

En outre, on ne doit pas oublier les grands services que peuvent rendre les sulfamides dans toute occlusion.

Si l'on est sûr de son diagnostic, on peut se borner à instituer un traitement d'ordre purement médical, cela surtout si le malade a présenté antérieurement une ou plusieurs crises spasmodiques, spasme constaté chirurgicalement ; mais toujours par prudence, il sera bon de faire admettre le malade dans un service chirurgical pour opérer dans un minimum de temps si son état en fournissait l'indication.

OBSERVATIONS

I. — *Observation inédite du Professeur Agrégé R. Dieulafé.*

M. S..., âgé de quarante-cinq ans, souffrant depuis longtemps de troubles gastriques atypiques, vivant seul depuis la mort de sa femme, perte qui l'a profondément impressionné et l'a rendu de caractère difficile, est hospitalisé sur la demande de son employeur parce qu'il vomit depuis vingt-quatre heures.

Ce sujet qui a été toujours maigre, explique aisément ses malaises : il manifeste une intolérance gastrique totale, dès qu'il absorbe quelque liquide il le rejette quelques minutes après. Il n'y a pas d'arrêt de gaz intestinaux.

Son abdomen est plat, sans voussure anormale, sans contracture ni défense, sans ondulation péristaltique, présente les cicatrices d'une crise de hernie inguinale bilatérale. La palpation même appuyée ne réveille aucune douleur. Il est légèrement tympanique, il n'y a pas d'ascite. Au toucher rectal pourtant, on a l'impression d'une légère plénitude du cul-de-sac de Douglas, mais ce signe disparaît le lendemain. La radiographie sans préparation ne montre rien de caractéristique.

Le traitement antispasmodique mis en œuvre amène une accalmie, mais dès qu'on le cesse, les troubles reprennent. Les médicaments qui furent employés pendant la durée du traitement médical et qui agirent momentanément, furent : surparine, atropine, morphine, novocaïne intrapéritonéale.

Le lendemain de son entrée, un examen gastrique après absorption de bouillie barytée, montre un estomac de petit volume mais bilobé. La biloculation semble due à une compression extrinsèque, la grande courbure présentant une concavité très profonde et de grand rayon. D'ailleurs, l'examen radiologique de l'estomac est très médiocre car le sujet n'a pu tolérer, bien qu'il soit sous atropine, qu'une très petite quantité de bouillie. Aussi, la suite du transit n'est guère démonstrative.

Malgré le traitement médical qui comporte aussi la réhydratation intense de ce malade, la situation reste sans amélioration, l'état général s'aggrave, l'occlusion s'installe. Pourtant, l'abdomen n'est pas nettement ballonné, mais des douleurs apparues dès le troisième jour dans la région paraombilicale gauche deviennent plus accusés, le sujet est extrêmement nerveux.

Au cours de cette longue attente toutes les investigations ont été faites : l'urée sanguine est à 0,70 et cet élément laisse place à l'hypothèse de vomissements urémiques. Bien plus, le malade longuement interrogé par sa famille et son médecin laisse entendre la possibilité d'un empoisonnement et sur ses dires, un échantillon de café qui est resté chez lui est soumis à un examen toxicologique dont le résultat est négatif. C'est dire le peu de caractères des symptômes et l'embarras clinique dans lequel nous a mis ce malade.

Un nouvel examen radiologique montre sur un cliché une anse remplie de gaz dont la convexité répond à la région de biloculation de la grande courbure ; un niveau liquide marque un des pieds de cette anse. C'est le seul élément positif en faveur d'une occlusion que nous ayons pu trouver. Mais il suffit à décider de l'intervention qui est pratiquée 6 jours après le début des troubles.

Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic-anses grêles très distendues - colon plat - la première exploration de l'abdomen par la main introduite ne décèle rien, si ce n'est qu'une partie du grêle est aplatie et vide contrastant avec le reste qui est surdistendu. Par le déroulement systématique du grêle on trouve la zone de jonction entre ces deux parties de volume dissemblable. Là existe un anneau de contracture intense où la paroi est corruguée et pâle, cette zone caractéristique d'un iléus spasmodique est très courte, de 3 cm. à peine. En considérant de plus près cette région on constate que le mesentère à 2 cm. du bord intestinal présente en regard de la zone spasmée une petite plaque de la surface d'une pièce de 50 centimes qui est dépéritonisée. On peut l'interprèter comme la trace d'une adhérence qui vient d'être rompue. Une infiltration de novocaïne est faite dans le mésentère au-dessus de cette zone.

L'abdomen est refermé sans drainage.

Dès le lendemain le malade est soulagé. Il n'a plus de vomissements et le transit reprend normal en 24 heures.

Aucun autre incident ne reparait par la suite. Interprétation : Iléus spasmodique ayant peut-être pour cause un tiraillement du mésentère par une adhérence post-opératoire ; à moins qu'il ne s'agisse de spasme spontané.

II. Observation inédite du Professeur Agrégé R. Dieulafé.

Madame M... âgée de 82 ans, ayant eut neuf enfants, atteinte de cécité complète par cataracte, a présenté il y a quelques mois une infection urinaire actuellement guérie et ensuite passagèrement des troubles hépatiques biliaires.

Mais depuis trois jours brusquement cette malade s'est mise à vomir et ne peut absorber aucun aliment même liquide. Elle n'a pas de fièvre, son pouls est régulier et bien frappé.

Son abdomen s'est progressivement ballonné et à l'examen se montre uniformément distendu mais sans contracture. L'élément le plus important est une douleur au niveau de la fosse iliaque droite accompagnée même d'une certaine défense locale.

Les autres recherches sont négatives. Une radioscopie sans préparation en position verticale montre une aéroiléie généralisée sans niveaux liquides.

Le diagnostic le plus vraisemblable paraît être celui d'appendicite à forme occlusive. Une tentative de temporisation avec traitement médical de l'occlusion paraît hasardeux et l'intervention décidée est pratiquée séance tenante.

Laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite : l'appendice est sain — le cœcum est plat et vide mais les anses grêles distendues qui s'extériorisent gênent l'investigation. En le réintégrant et en explorant plus complètement on parvient à voir deux aspects tout à fait différents des anses grêles. Les unes sont surdistendues, la séreuse étant même fissurée par éclatement par endroits ; les autres sont plates et vides comme on le constate chez certains sujets gravement dénutris : en suivant le déroulement du grêle on finit par trouver la zone de jonction entre les deux parties d'aspect si différent ; elle est très caractéristique, sur une longueur de 20 cm. le grêle est spasmé, de teinte pâle ; sa paroi est corruguée et les artères mésentériques dans la zone correspondante ne battent plus. Au contraire les battements artériels sont normaux dans les segments sus et sous jacents. Par l'aspect de la paroi et par la circulation intra-mésenrétique ce segment contraste avec les zones voisines aussi bien sus-jacente que sous-jacente. Aucune autre lésion ne peut être trouvée et l'idée d'iléus spasmodique paraît la seule acceptable.

Une infiltration de novocaïne dans le mésentère n'amène pas de modification sensible.

La paroi est refermée sans drainage. Etant donné l'âge de la malade, le pronostic est très réservé.

Le lendemain elle va pourtant bien et le transit reprend au bout de 48 heures.

La malade repart guérie au huitième jour. Conclusion : iléus spasmodique spontané.

III. Sur un cas d'iléus spasmodique.
Darmaillacq (*Soc. Chir. Bordeaux.*) 18 *mars* 1948.

Chez une jeune fille de 19 ans appendicectomisée à froid trois ans auparavant, des douleurs épigastriques atroces et des vomissements obligent à intervenir d'urgence.

Une larapotomie à cheval sur l'ombilic montre sur 50 cm. une rétraction et un aplatissement du grêle contrastant avec l'aspect normal des segments sus et sous-jacents. L'exploration abdominale montre une banale adénopathie de l'angle iléo-cœcal.

Le spasme cède spontanément au cours du déroulement des anses.

Guérison sans incident.

IV. Observation d'iléus spasmodique non diagnostiqué, mais contrôlé à l'intervention. Swynghedauw - Laine - Renard - Echo Médical du Nord.

Les perturbations motrices de l'intestin s'étendaient à la presque totalité du grêle et à l'hémicadre colique droit. Il s'agissait d'un iléus spasmodique dit primitif car aucune cause organique ne fut relevée.

L'intervention ne fut en réalité qu'une simple laparotomie exploratrice. L'aspiration duodénale continue préopératoire fut sans effet de même que les autres thérapeutiques préopératoires : infiltration splanchnique, novocaïne intraveineuse, sérum hypertonique, atropine.

Le syndrome apparu spontanément, a cédé sans raison apparente.

V. Observation de Sterin - Lille chirurgical.

Madame V... 51 ans, après avoir eut trois selles à une heure d'intervalle, commence à souffrir de façon intermittente. 48 heures après le début des douleurs, apparaissent des vomissements. Pas de selle, quelques gaz après deux ou trois lavements purgatifs. 72 heures après le début de l'affection l'examen est pratiqué. On note la trace d'une laparotomie médiane. Une crise se produit sous les yeux du docteur. Les douleurs augmentent d'intensité. Apparition de nausées. Une anse se dessine sous la paroi abdominale, à droite. Quelques gargouillements. Tout rentre dans l'ordre.

Radio : Anse grêle distendue avec niveau liquide. Le diagnostic porté est : occlusion par bride.

Laparotomie : Cœcum et dernière anse grêle dilatés. Anse sus-jacente plate, spasmée. Pas d'adhérence, pas de bride.

Diagnostic : Iléus spasmodique.

Suite sans incident.

VI. Observation de Sterin. Lille chirurgical.

Madame V... 34 ans, enceinte de 4 mois ressent quelques douleurs dans l'abdomen à gauche. 48 heures après l'examen : pas de gaz depuis deux jours, état général bon, pouls à 100, température 37° 7. Abdomen un peu gros, uniformément sonore, au cours des crises on voit des anses grêles sous la paroi.

Radio sans préparation : distension importante du grêle.

Lavement baryté : transverse atteint sans difficulté.

Traitement : aspiration duodénale. Syntavérine. Sérum sous-cutané.

Le lendemain peu de changement.

Diagnostic : iléus spasmodique probable.

Laparotomie para-ombilicale : succession de zones dilatées et spasmées sur le grêle.

Iléus spasmodique. Suite sans incident.

VII. Observation de Leriche (A. de Chirurgie 1941*).*

Une malade est opérée pour un hématosalpiux volumineux avec kyste de l'ovaire. Cette malade, a, dix ans auparavant, été opérée d'une grossesse extra-utérine. Opération sous rachi-anesthésie. Le lendemain état parfait. Le cinquième jour après l'opération, lavement d'un demi-litre d'eau salée, auquel fait suite une évacuation intestinale rapide suivie de coliques très violentes et douloureuses avec arrêt des gaz. On pense à une réaction provoquée par un lavement trop irritant, on donne de la spasmalgine. La malade se plaint toujours. Ni l'infiltration splanclinique, ni l'injection de sérum hypertonique ne donnent d'amélioration. On décide une intervention : liquide d'ascite. Spasme qui paraît intéresser la totalité du grêle.

VIII. Observation de Mondor et Olivier.

M. L. âgé de 53 ans, maneuvre, est admis d'urgence à la Salpétrière. Deux jours avant, il a ressenti de violentes douleurs abdominales de siège imprécis, accompagnées de vomissements alimentaires. Ni selle, ni gaz. Aucun antécédent.

Examen : important ballonnement abdominal diffus, sonore, sans ascite, pas de sensibilité particulière au palper. Toucher rectal négatif. La radio sans préparation, en position debout, montre dans la fosse iliaque droite et l'hypocondre gauche plusieurs anses dont les unes contiennent seulement de l'air, les autres à la fois des gaz et des liquides. Centre de l'abdomen obscur. La dissémination de ces images pathologiques, la discrétion de leurs distensions, l'atteinte simultanée du grêle et du gros intestin évoquent l'absence de tout obstacle organique. Pas d'élément clinique en faveur d'une inflammation : température, globules blancs et polynucléaires normaux.

Evoque l'iléus fonctionnel d'autant que le malade a présenté deux crises analogues, un et quatre mois auparavant, moins violentes et de résolution spontanée. Etiologie malgré tous les examens reste imprécise. Aspiration duodénale, injection d'atropine, plus d'un litre de sérum salé sous-cutané. Cours intestinal se rétablissait dans la nuit. Laparotomie exploratrice avant de laisser partir le malade. Résultat négatif.

IX. Observation de Sénèque.

Un homme âgé de 45 ans, opéré 7 ans avant pour séminome et de fait ayant subi une castration haute jusqu'au niveau de l'orifice profond du canal inguinal, présente depuis quelques temps, de façon intermittente des crises douloureuses dans l'hypocondre droit avec ballonnement abdominal et niveau liquide visible à la radiographie sans préparation ; il n'y a pas de récidive locale aussi pense-t-on qu'il doit s'agir d'une occlusion par adhérence intestinale ou d'une bride au niveau de l'orifice inguinal profond droit. Intervention. Laparotomie sous-ombilicale médiane. Dans le cul de sac de Douglas 80 cm3 d'un liquide d'ascite hémorragique. Segment terminal du grêle distendu. Aspect congestif. En amont, sur 25 à 30 cm. l'intestin est pâle et affaissé, l'examen approfondi ne révèle rien. Fermeture de la paroi. Injection intraveineuse de novocaïne à 1 %. Les troubles ont disparu.

CONCLUSION

Arrivé au terme de notre thèse, malgré les quelques réticences marquées à l'heure actuelle par un petit nombre d'auteurs, nous pouvons affirmer :

1° l'existence de cette affection, rare il est vrai, qu'est l'iléus spasmodique essentiel ;

2° que sa symptomatologie, commune dans l'ensemble à celle des occlusions intestinales, ne s'en différencie que par de légères nuances cliniques très délicates à interprèter. Il faut cependant compter avec la possibilité de rencontrer l'affection évoluant sous un masque d'emprunt ou sous une forme monosymptomatique.

3° que l'aspect morphologique est bien propre à l'affection, puisque c'est lui qui permet d'établir un diagnostic certain grâce à l'absence de toute lésion anatomique et à l'allure si particulière de l'intestin qui le fait dénommer « intestin de poulet ».

4° que le diagnostic reste un problème fort délicat. De l'examen clinique, peuvent naître de fortes présomptions en faveur de l'iléus spasmodique, qui ne sont confirmées que par la connaissance des antécédents du malade ou par l'intervention exploratrice ; de plus ce diagnostic, il n'est permis de l'envisager qu'après une élimination prudente d'affection de plus grande fréquence.

5° que l'évolution de l'iléus spasmodique dans la grande majorité des cas, demeure favorable mais qu'il faut compter avec la possibilité de crises récidivantes, accident susceptible de venir troubler à tout moment la vie normale du sujet et même d'amener la mort. Tout ceci oblige le praticien à ne formuler qu'un pronostic réservé.

6° que la pathogénie reste le chapitre le plus trouble et le plus obscur de cette maladie. Si toutes les hypothèses formulées amènent leur part de vérité à l'heure

actuelle l'hypothèse qui fait jouer un rôle de tout premier plan au système nerveux, laisse bien derrière elle toutes les autres mais le point de départ de l'affection échappe encore à notre compréhension.

7° que puisque le problème pathogénique n'est pas résolu, il est naturel de trouver un grand nombre de procédés thérapeutiques évidemment non spécifiques, parfois même surprenant pour la logique, mais amenant dans de nombreuses observations des résultats heureux. Dans cette affection non chirurgicale, c'est le traitement chirurgical qui donne le plus de succès.

Le Président :
LEFEBVRE.

Vu le Doyen :
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 16 Décembre 1950,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

J. Baillis, M. Dupont, A. Mouchet. Ileus spasmodique spontané du grêle. *(Mémoires de l'Académie de Chirurgie)* T. 70, n° 16-17, séance du 10 mai 1944.

D. Bovet, J. Fournel et P. Charpentier. Propriétés pharmacodynamiques du 2987 R. P.

Darmaillacq Sur un cas d'iléus spasmodique *(Société de Chir. de Bordeaux et du Sud-Ouest)*, séance du 18 mars 1948.

Fresnais - Geffroy - Petitot - Masmonteil - Livoy. Iléus spasmodique. *(Mémoires de l'Académie de Chirurgie)*, séance du 27 octobre 1943.

Gaudin. De l'iléus spasmodique primitif du grêle. Paris 21 juin 1945.

Lacroix. L'iléus spasmodique primitif. *(Concours médical)*, septembre 1944.

Leriche. Sur l'iléus spasmodique.

Mondor et Olivier *(Mémoires de l'Académie de Chirurgie)*, séance du 8 décembre 1943. - 3 novembre 1943.

Rousset, P. Moulonguet. Sur l'étiologie de l'iléus spasmodique. Iléus spasmodique et adénite mésentérique. *(Mémoires de l'Académie de Chirurgie)*, séance du 10 mai 1944.

Senèque et Roux. L'iléus spasmodique *(La Presse médicale)*, mars 1944.

J. Senèque, M. Roux, Seyer. Sur une observation d'iléus spasmodique spontané vérifié à l'opération. *(Mémoires de l'Académie de Chirurgie)*, séance du 10 mars 1943.

Stérin. Deux observations d'iléus spasmodique. *(Lille chirurgival)*, mai-juin 1946.

Swynghedauw, Laine, Renard. Iléus spasmodique. *(Société de Chirurgie de Lille, l'Écho médical du Nord)*, juin-juillet 1945.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 13
Historique 15
Symptomatologie 17
Formes cliniques 19
Anatomie pathologique 21
Diagnostic positif et diagnostic différentiel 23
Evolution et pronostic 25
Pathogénie 27
Thérapeutique 31
Observations 34
Conclusion 39
Bibliographie 41

ACHEVÉ D'IMPRIMER
LE 23 JANVIER 1951
SUR LES PRESSES
DE L'IMPRIMERIE
CH. DEBLADIS & FILS
A PARIS